

Ключові слова: гострий тонзиліт, імупрет, ліпопероксидація, "середні молекули", лікування.

Резюме

Терешин В.А., Пересадин Н.А., Соцкая Я.А., Чхетиани Р.Б.
Влияние комбинированного фитопрепарата имупрета на показатели липопероксидации и уровень "средних молекул" в крови больных острым тонзиллитом.

Было изучено влияние комбинированного фитопрепарата имупрета на показатели липопероксидации и уровень "средних молекул" в крови больных острым тонзиллитом (ОТ). Установлено, что включение современного комбинированного фитопрепарата имупрета в лечебный комплекс при ОТ способствует нормализации изученных биохимических показателей, которые характеризуют активность липопероксидации и ликвидации синдрома "метаболической" интоксикации.

Ключевые слова: острый тонзиллит, имупрет, липопероксидация, "средние молекулы", лечение.

Summary

Tereshin V.A., Peresadin N.A., Sotskaya Ya.A., Chetiani R.B.
Influence of combined phytopreparation imupret on the lipoperoxidation indexes and level of "average molecules" in blood of the patients with acute tonsillitis.

The influence of phytopreparation imupret on the lipoperoxidation indexes and level of "average molecules" in blood of the patients with acute tonsillitis (AT) was studied. It is set that including of modern phytopreparation imupret in complex of medical measures at AT provides normalization of of biochemical indexes what characterize activity of processes lipoperoxidation and liquidation of "metabolic" intoxication syndrome.

Key words: acute tonsillitis, imupret, lipoperoxidation, "average molecules" treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. В.Р.Деменков

УДК 616.24-002.5-08:612.017

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ, В ПЕРІОДІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ КАРДОНАТУ, ЦИТРАРГІНІНУ ТА МАГНЕ В6

В.В.Харченко

*Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика (Київ)*

Вступ

Внаслідок урабіназаційних процесів у цивілізованих країнах все більше зростає частота сполученої патології внутрішніх органів, особливо тих, що мають схожі фактори ризику щодо виникнення та прогресування. Наочним прикладом такої коморбідної патології є поєднання неалкогольного стеатогепатиту та артеріальної гіпертензії [4]. Основною патогенетичною ланкою "жирової хвороби печінки" є порушення обміну речовин, особливо ліпідного обміну, в тому числі розвиток дисліпідемії [15,18] та активація перекисних процесів на тлі пригнічення антиоксидантних властивостей крові [3]. При цьому проспективні епідеміологічні дослідження дозволили уточнити внесок різних факторів ризику, які зумовлюють розповсюдженість гіпертонічної хвороби (ГХ). Спостереження показали, що найбільший вплив на цей процес мають надлишкова маса тіла та дисліпідемії [10,13]. Зростання маси тіла на 10 кг супроводжується підвищенням систолічного АТ (САТ) на 2-3 мм рт.ст., а діастолічного (ДАТ) на 1-3 мм рт.ст. Водночас за даними ННЦ "Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска" АМН України в українській популяції підвищення рівня загального холестерину в працездатному віці відзначається в середньому в 50 % випадків [11,12]. Артеріальна гіпертензія (АГ) являється складною медико-соціальною проблемою сучасності і належить до числа самих роз-

повсюджених захворювань на сьогоднішній день; за результатами епідеміологічних досліджень, проведених Інститутом кардіології АМН України, від АГ страждають майже 13 млн. осіб, що складає приблизно 40% населення нашої держави [7,14,17]. Оптимізація лікування у хворих зі сполученою патологією у вигляді НАСГ та ГХ є важливим напрямком терапевтичної науки, при цьому необхідно також приділяти особливу увагу розробці методів медичної реабілітації таких пацієнтів.

Нашу увагу в плані проведення реабілітаційних заходів у хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, привернула комбінація кардонату [7], цитраргініну [15] та магне В6 [9], при цьому в попередніх роботах доведено позитивний вплив даної комбінації препаратів на активність системи антиоксидантного захисту в період диспансерного спостереження. Зважаючи на тісний взаємозв'язок між інтенсивністю ліпопероксидації та активністю системи АОЗ, та їх дисбаланс при захворюваннях печінки, вважаємо доцільним вивчити динаміку показників перекисного окислення ліпідів у хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, при проведенні медичної реабілітації з включенням комбінації кардонату [7], цитраргініну [15] та магне В6 [9].

Зв'язок роботи з науковими програмами, темами: робота виконувалася відповідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика (Київ) та являє собою фрагмент теми НДР "Ефективність імуноактивних препаратів у хворих хронічною патологією гепатобіліарної системи невірусного генезу в сполученні з гіпертонічною хворобою" (№ держреєстрації 0108U006766).

Метою роботи було вивчення показників ПОЛ у хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, та їх динаміки під впливом реабілітаційних заходів з включенням комбінації кардонату, цитраргініну та магне В6.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено дві групи хворих на НАСГ, сполучений із ГХ, які були рандомізовані за віком, статтю. Вік хворих складав від 35 до 56 років. Основна група включала 42 особи та

група зіставлення - 48 осіб. Діагноз НАСГ було виставлено на підставі анамнестичних, клініко-біохімічних даних, результатів сонографічного дослідження органів черевної порожнини [18]. При цьому до обстеження не включали пацієнтів, які зловживали алкогольними напоями, а також осіб, в яких при проведенні обстеження методом ІФА були виявлені маркери вірусних гепатитів В або С. Діагноз ГХ встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ та European Society of Hypertension/ European Society Cardiology Guidelines Committee (2007), стадію АГ - відповідно до класифікації уражень органів-мішеней (доповідь Комітету експертів ВООЗ по АГ, 1996) [14].

Пацієнти обох груп отримували в комплексі медичної реабілітації НАСГ (препарати есенціальних фосоліпідів та урсодезоксихолієвої кислоти) та стандартну підтримуючу терапію ГХ (інгібітори АПФ, β -блокатори, діуретики, антагоністи кальцію). Крім того, хворі основної групи отримували додатково комбінацію кардонату, цитраргініну та магне В6. Кардонат призначали по 1 капсулі усередину 3 рази на добу після прийому їжі протягом 2 місяців, цитраргінін - по 1 ампулі внутрішньо 1 раз на добу, розчиняючи у 1/2 склінки води протягом того ж періоду та магне В6 по 2 таблетки 2 рази на добу 2 місяці поспіль.

Кардонат - це комбінований препарат, дія якого обумовлена синергічними ефектами компонентів, що входять до його складу [5]. L-карнітин відноситься до засобів з анаболічною дією та є головним кофактором і регулятором метаболізму жирних кислот в серці, печінці і скелетних м'язах, сприяє виділенню з цитоплазми метаболітів та токсичних речовин, покращує метаболічні процеси. В умовах нормального кисневого забезпечення переводить метаболізм кліток на окислення жирних кислот як найенергоємнішого субстрата; в умовах гіпоксії L-карнітин виводить токсичні метаболіти жирних кислот з мітохондрій, переводячи метаболізм клітки на окислення глюкози, вчиняючи таким чином антигіпоксимічну дію. Володіє нейро-, гепато- і кардіопротекторною дією, стимулює клітинний імунітет. Лізин - незамінна амінокислота, що бере участь у всіх процесах асиміляції і росту, стимулює мітози

клітин, вчиняє пряму противірусну дію на віруси простого герпесу. Коензим вітаміну В12 (кобамамід) володіє анаболічною активністю, активує обмін вуглеводів, білків і ліпідів, бере участь в синтезі лабільних метильних груп, в утворенні холіну, метіоніну, нуклеїнових кислот. Коензим вітаміну В6 (кокарбоксілаза) грає важливу роль в обміні речовин, необхідний для нормального функціонування центральної і периферичної нервової системи. Є коферментом великої кількості ферментів, діючих на неокислювальний обмін амінокислот, сприяє нормалізації ліпідного обміну, збільшує кількість глікогену в печінці, покращує її детоксикаційні властивості [9]. Препарат затверджений Наказом МОЗ України № 218 від 28.04.07 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/6386/01/01). Цитраргінін - сполука двох амінокислот природного походження: аргініну і бетаїну. Аргінін - амінокислота, яка бере участь в біосинтезі білка і в метаболізмі сечовини, сприяє виділенню кінцевих продуктів розпаду білка, посилює детоксикаційну функцію печінки. Бетаїн - амінокислота, що бере участь в біосинтезі фосфоліпідів. Сприяє попередженню жирової дистрофії печінки при незбалансованому раціоні з високим вмістом жирів і при зловживанні алкоголем. Іони цитрата сприяють процесам травлення, що супроводжуються гіперацидними станами [16]. Цитраргінін затверджений Наказом МОЗ України № 9 від 15.01.08 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/0184/01/01).

До складу магне В6 входять магнію лактат дигідрат та піридоксину гідрохлорид. В організмі магній головним чином знаходиться внутрішньоклітинно у вигляді катіона. Знижує збудливість нейронів і пригнічує нервово-м'язову передачу. Іони магнію беруть участь в багатьох ферментативних процесах. Комбінація вітаміну В6 і магнію доцільна через наступні причини: вітамін В6 і магній доповнюють фармакологічну дію один одного; вітамін В6 підвищує концентрацію магнію в плазмі крові і еритроцитах і зменшує екскрецію магнію з сечею; магній акти-

вує процес біотрансформації піридоксину гідрохлориду в його активний метаболіт піридоксаль-5-фосфат в печінці. Комбіноване вживання вітаміну В6 і магнію компенсує дефіцит цих речовин, що виникає при неповноцінному живленні, синдромі мальабсорбції, надмірному виділенні, і забезпечує оптимальне надходження магнію, підвищуючи його абсорбцію в кишечнику і надходження всередину клітин за рахунок утворення хелатного комплексу вітамін В6-магній-амінокислоти. Піридоксин в організмі окислюється до піридоксаля або знаходиться у формі піридоксаміну. В результаті фосфорилування утворюється піридоксальфосфат, який є активною формою піридоксину і бере участь в метаболічних процесах [8,9]. Магне В6 затверджений Наказом МОЗ України № 777 від 28.11.06 р. в якості лікарського препарату, зареєстрований в Україні та дозволений до клінічного застосування (реєстраційне посвідчення № UA/5476/01/01).

Додатково до загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, які були під наглядом, оцінювали активність перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) за вмістом у крові проміжних продуктів пероксидації ліпідів - дієнових кон'югат (ДК) [2] та кінцевого продукту ПОЛ - малонового діальдегіду (МДА) [1] спектрофотометрично. Вивчали також рівень перекисної резистентності еритроцитів за показником їх перекисного гемолізу (ПГЕ). Статистичну обробку отриманих результатів дослідження проводили на персональному комп'ютері Intel Core 2 Duo 2,33 MHz з допомогою багатофакторного дисперсійного аналізу з використанням пакетів ліцензійних програм Microsoft Windows[®] professional, Microsoft Office 2003, Microsoft Excel, Stadia 6.1 / prof та Statistica [8].

Отримані результати та їхній аналіз

Протягом диспансерного спостереження у низки хворих виявлялися клініко-лабораторні ознаки високої ймовірності виникнення загострення патологічного процесу у печінці: у більшості хворих виявлялася тяжкість у правому підбер'ї, скарги на слабкість, нездужання, зниження емоційного тону. У цих хворих зберігалася гепатомегалія, іноді і спленомегалія.

Встановлено, що в обох групах обстежених хворих до початку медичної реабілітації були однотипові зсуви з боку біо-

хімічних показників, які характеризувалися підвищенням вмісту у крові продуктів ПОЛ - МДА та ДК. В цей період обстеження вміст у крові кінцевого продукту ПОЛ - МДА був вище за норму у хворих основної групи в середньому в 2,7 рази ($P < 0,001$), дорівнюючи ($8,7 \pm 0,27$) мкмоль/л, та у пацієнтів групи зіставлення - в 2,64 рази ($P < 0,001$), складаючи ($8,6 \pm 0,22$) мкмоль/л. Концентрація ДК була підвищена у всіх обстежених основної групи і складала в середньому $14,4 \pm 0,4$ мкмоль/л, що було в 1,55 рази вище норми ($6,2 \pm 0,15$ мкмоль/л; $P < 0,001$). У групі зіставлення концентрація ДК у крові складала $14,1 \pm 0,5$ мкмоль/л, тобто була в 1,52 рази вище норми ($P < 0,001$). Встановлено, що майже у всіх випадках як основної групи, так і групи зіставлення, до початку медичної реабілітації достовірно підвищення показника ПГЕ, який дорівнював у середньому $7,2 \pm 0,4$ % та $6,9 \pm 0,4$ відповідно по групах (при нормі $3,5 \pm 0,2$ %; $P < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1

Показники ПОЛ у хворих на НАСГ у поєднанні з ГХ до початку медичної реабілітації ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=42)	зіставлення (n=48)	
МДА (мкмоль/л)	$3,3 \pm 0,2$	$8,7 \pm 0,27^{***}$	$8,6 \pm 0,22^{***}$	$> 0,05$
ДК (мкмоль/л)	$9,25 \pm 0,2$	$14,4 \pm 0,4^*$	$14,1 \pm 0,5^*$	$> 0,05$
ПГЕ %	$3,5 \pm 0,2$	$7,2 \pm 0,4^*$	$6,9 \pm 0,4^*$	$< 0,05$

Примітки: в табл.1-2 стовпчик P - різниця між показниками в основній групі та групі зіставлення; ймовірність різниці відносно норми * - при $P < 0,05$, ** - $P < 0,01$, *** - $P < 0,001$.

Отже, до початку проведення медичної реабілітації в обох групах обстежених хворих хронічною патологією печінки неалкогольного генезу в поєднанні з ГХ мали місце однотипові зсуви з боку біохімічних показників, які характеризувалися значним підвищенням концентрації у крові продуктів ПОЛ - МДА і ДК, що свідчило про підвищення інтенсивності процесів пероксидації ліпідів клітинних та внутрішньоклітинних біомембран (рис.1).

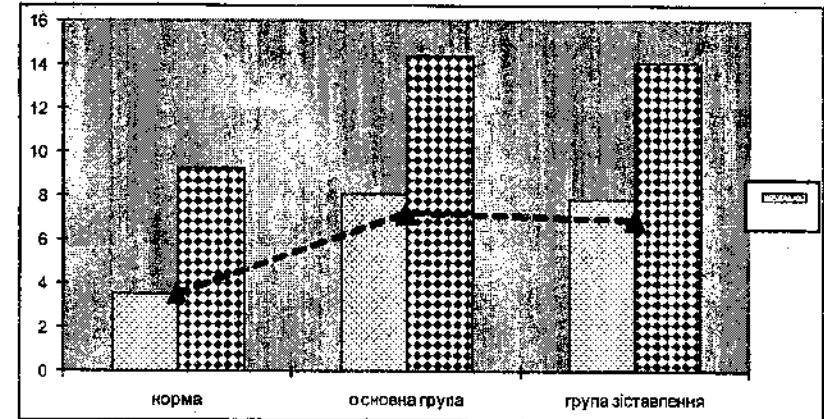


Рис. 1. Показники ПОЛ у хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, до початку медичної реабілітації.

Після завершення курсу медичної реабілітації в основній групі хворі, що отримували комбінацію карбонату, цитраргініну та магне В6, відмічено зниження показників ПОЛ - МДА та ДК до верхньої межі норми ($P > 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2

Показники ПОЛ у хворих на НАСГ у поєднанні з ГХ після завершення медичної реабілітації ($M \pm m$)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=65)	зіставлення (n=60)	
МДА (мкмоль/л)	$3,3 \pm 0,2$	$3,5 \pm 0,22$	$5,8 \pm 0,28^{**}$	$< 0,01$
ДК (мкмоль/л)	$9,25 \pm 0,2$	$9,5 \pm 0,2$	$11,4 \pm 0,4^*$	$< 0,05$
ПГЕ %	$3,5 \pm 0,2$	$3,7 \pm 0,3$	$5,6 \pm 0,3^*$	$< 0,05$

У групі зіставлення також відмічено позитивну динаміку показників ліпопероксидації, проте зниження вмісту продуктів ПОЛ у крові було менше виражене, ніж у хворих основної групи. При цьому у пацієнтів групи зіставлення зберігалось вірогідне підвищення концентрацій МДА і ДК, як відносно норми, так і відносно показників основної групи хворих. Дійсно, вміст МДА у хворих групи зіставлення був після завершення медичної реабілітації в 1,5 рази вище норми ($P < 0,05$) та в 1,4 рази вище аналогічного показника в ос-

новній групі ($P < 0,01$). Концентрація ДК у пацієнтів цієї групи була в 1,25 рази вище норми ($P < 0,01$) та в 1,2 рази вище аналогічного показника в основній групі ($P < 0,05$).

Позитивний вплив запропонованої комбінації підтверджувався також більш суттєвою динамікою показника ПГЕ в основній групі, при цьому відмічено його зменшення в середньому в 1,9 рази ($P < 0,01$), тоді як у групі зіставлення - лише в 1,2 рази ($P < 0,05$) (рис.2).

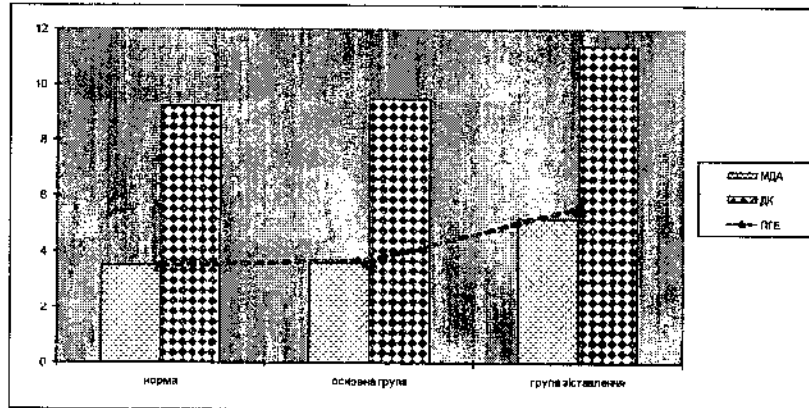


Рис.2. Показники ПОЛ у хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, після завершення медичної реабілітації.

В клінічному плані у встановлено істотне поліпшення самопочуття та зникнення астеничних проявів у хворих, які одержували запроповану комбінацію препаратів вже протягом перших 2-х тижнів з моменту початку проведення курсу медичної реабілітації. Разом із істотним поліпшенням загального самопочуття у цих хворих значно знизилась кількість скарг з боку гепатобіліарної системи та стабілізація артеріального тиску. За даними диспансерного нагляду тривалість повноцінної клініко-біохімічної ремісії НАСГ, сполученого з ГХ, у 33 (78,6%) хворих основної групи складала 1 рік (період диспансерного нагляду) та у 9 (21,4%) - від 6 до 11 місяців. В групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була меншою та становила від 3 до 6 місяців у 28 осіб (58,3%), від 7 до 11 місяців - у 11 пацієнтів (22,9%), та 1 рік та більше - лише у

9 хворих (18,8%). Отже клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік у хворих основної групи відмічалася в 4,2 рази частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення ($P < 0,01$).

Отже, застосування комбінації карбонату, цитраргініну та магне В6 в комплексі медичної реабілітації хворих на НАСГ в сполученні з ГХ, забезпечило збереження стійкої клініко-біохімічної ремісії коморбідної патології та сприяло ліквідації метаболічних порушень. Тому можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно перспективним застосування даної комбінації при проведенні реабілітаційних заходів у хворих зі сполученою патологією печінки та серцево-судинної системи.

Висновки

1. Протягом диспансерного спостереження у низки хворих на НАСГ в сполученні з ГХ виявлялися клініко-лабораторні ознаки високої ймовірності виникнення загострення патологічного процесу у ГБС: у більшості хворих виявлялася тяжкість у правому підребер'ї, скарги на слабкість, нездужання, зниження емоційного тону. У цих хворих зберігалася гепатомегалія, іноді і спленомегалія.

2. В періоді диспансерного спостереження у обстежених пацієнтів відмічалася зсуви з боку біохімічних показників, які характеризувалися підвищенням вмісту у крові продуктів ПОЛ: МДА - в 2,64-2,7 рази та ДК в 1,52-1,55 рази, а також показника ПГЕ.

3. Включення комбінації карбонату, цитраргініну та магне В6 до комплексу медичної реабілітації хворих на НАСГ, сполучений з ГХ, забезпечило виражений антиоксидантний ефект, що проявилось вірогідним зниженням показників ПОЛ.

4. За даними диспансерного нагляду тривалість повноцінної клініко-біохімічної ремісії НАСГ, сполученого з ГХ, у 33 (78,6%) хворих основної групи складала 1 рік (період диспансерного нагляду) та у 9 (21,4%) - від 6 до 11 місяців. В групі зіставлення тривалість ремісії в більшості випадків була меншою та становила від 3 до 6 місяців у 28 осіб (58,3%), від 7 до 11 місяців - у 11 пацієнтів (22,9%), та 1 рік та більше - лише у 9 хворих (18,8%). Клініко-біохімічна ремісія тривалістю 1 рік

у хворих основної групи відмічалася в 4,2 рази частіше, ніж у пацієнтів групи зіставлення.

5. Отже, застосування комбінації кардонату, цитраргініну та магне В6 в заходах медичної реабілітації пацієнтів з НАСГ в сполученні з ГХ можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним та рекомендувати для широкого застосування в клінічній практиці.

6. В подальшому вважаємо доцільним вивчити вплив даної комбінації препаратів на інші біохімічні показники у хворих на НАСГ в сполученні з ГХ, зокрема ліпідний спектр крові в періоді медичної реабілітації.

Література

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И.Андреев, Л.А.Кожемякин // *Лабораторное дело*. - 1988. - № 11. - С. 41-43.
2. Гаврилов Б.В. Анализ методов определения продуктов ПОЛ в сыворотке крови по тесту с ТБК / Б.В. Гаврилов, А.Р. Гаврилова, Л.М. Мажуль // *Вопросы медицинской химии*. - 1987. - Т. 33, № 1. - С. 118 - 123.
3. Гріднев О.Є. Перекисне окиснення ліпідів і печінка / О.Є. Гріднев // *Сучасна гастроентерологія*. - 2005. - №5 (25). - С. 80 - 83.
4. Звенигородская Л.А. Клинико-диагностические особенности заболеваний органов пищеварения у больных с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы / Л.А.Звенигородская, Л.Б.Лазебник, Ю.В.Таранченко // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. - 2003. - № 5. - С.139-140.
5. Кардонат: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 28.04.2007 р. Наказом МОЗ України № 218.
6. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
7. Лутай М.І. Захворюваність і смертність від хвороб системи кровообігу в Україні: поточні проблеми і перспек-

тиви / М.І.Лутай, А.П.Дорогий // *Нова медицина*. - 2002. - №3. - С. 18-21.

8. Магне В6: інструкція для клінічного застосування препарату / Затверджена 28.11.2006 р. Наказом МОЗ України № 777.

9. Машковский М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. - [15-е изд.]. - М.: Новая волна, 2005. - 1206 с.

10. Мітченко О.І. Дисліпідемії: Діагностика, профілактика та лікування / О.І.Мітченко, М.І.Лутай. - К.: Четверта хвиля, 2007. - 56 с.

11. Рекомендації української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. - [Четверте видання, виправлене і доповнене]. - Київ, ННЦ "Інститут кардіології ім. М.Д.Стражеска", 2008. -55 с.

12. Руководство по кардиологии / под ред. В.Н.Коваленко. - Киев: Морион, 2008. - 1424 с.

13. Рязанов А.С. Патогенез артериальной гипертонии в рамках метаболического синдрома / А.С.Рязанов, А.А.Аракелянц, А.П.Юрнев // *Терапевтический архив*. - 2003. - № 3. - С. 86 - 88.

14. Серцево-судинні захворювання: методичні рекомендації діагностики та лікування / за ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая. - Київ: Здоров'я України, 2005. - 542 с.

15. Фадеенко Г.Д. "Жировая печень": этиопатогенез, диагностика, лечение / Г.Д. Фадеенко // *Сучасна гастроентерологія*. - 2003. - №3 (13). - С. 9-17.

16. Цитраргінін: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 15.01.2008 р. Наказом МОЗ України № 9.

17. Ambulatory blood pressure and mortality. A population-based study / T.W.Hansen, J.Jeppesen, S.Rasmussen [e.a.] // *Hypertension*. - 2005. - Vol.45. - P. 499-504.

18. McNear S. Current status of therapy in nonalcoholic fatty liver disease / S.McNear, S.A.Harrison // *Ther.Adv.Gastroenterol*. - 2009. - Vol.2(1). - P. 29-43.

Резюме

Харченко В.В. Показники перекисного окислення ліпідів у хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений з гіпертонічною хворобою, в періоді медичної реабілітації при застосуванні карбонату, цитраргініну та магне В6.

У хворих на неалкогольний стеатогепатит, сполучений із гіпертонічною хворобою, в періоді медичної реабілітації виявлено суттєве підвищення вмісту продуктів ліпопероксидації у крові - проміжних (дієнових кон'югат) та кінцевого - маленового діальдегіду та показника перекисного гемолізу еритроцитів. Включення до комплексу медичної реабілітації комбінації карбонату, цитраргініну та магне В6 сприяло позитивній клініко-біохімічній динаміці та нормалізації показників ліпопероксидації.

Ключові слова: неалкогольний стеатогепатит, гіпертонічна хвороба, ліпопероксидація, карбонат, цитраргінін, магне В6, медична реабілітація.

Резюме

Харченко В.В. Показатели перекисного окисления липидов у больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с гипертонической болезнью, в периоде медицинской реабилитации при применении карбоната, цитраргинина и магне В6.

Установлено, что у больных неалкогольным стеатогепатитом, сочетанным с гипертонической болезнью, в периоде медицинской реабилитации выявлено существенное повышение содержания продуктов липопероксидации в крови - промежуточных (диеновых конъюгат), конечного - маленового диальдегида и показателя перекисного гемолиза эритроцитов. Включение в комплекс медицинской реабилитации комбинации карбоната, цитраргинина и магне В6 способствовало позитивной клинико-биохимической динамике и нормализации показателей липопероксидации.

Ключевые слова: неалкогольный стеатогепатит, гипертоническая болезнь, липопероксидация, карбонат, цитраргинин, магне В6, медицинская реабилитация.

Summary

Harchenko V.V. Lipoperoxydation's indexes at patients with nonalcoholic steatohepatitis combined from arterial hypertension at application of carbonat, citrarginin, magne-B6 in the period medical rehabilitation.

The patients with nonalcoholic steatohepatitis combined from arterial hypertension have the substantial increase of content of product of lipoperoxydation in blood - DK, MDA and PHE. Inclusion in the complex medical rehabilitation of combination of carbonat, citrarginin, magne-B6 assistance to normalization of indexes of lipoperoxydation and increase of treatment's efficiency.

Key words: nonalcoholic steatohepatitis, arterial hypertension, lipoperoxydation, carbonat, citrarginin, magne-B6, medical rehabilitation.

Рецензент: д.мед.н., проф.В.І.Коломієць

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

**АКТИВНІСТЬ ФЕРМЕНТІВ СИСТЕМИ
АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА
СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ПРИ
ЛІКУВАННІ МЕЛІТОРОМ ТА ПОЛІОКСИДОНІЄМ**

Є.В. Чеботарьов

Луганський державний медичний університет

Вступ

Серед хворих, що звертаються до терапевтів і госпіталізуються в терапевтичні відділення хворих особливою групу складають пацієнти зі всілякими, незрідка множинними скаргами, у яких при ретельних повторних обстеженнях не вдається виявити об'єктивних змін з боку внутрішніх органів. В результаті виникають діагностичні, диференціально-діагностичні і, звичайно, терапевтичні проблеми. З особливою гостротою це відчувають на собі лікарі амбулаторно-поліклінічної служби і перш за все інтерністи, до яких в першу чергу звертаються подібні "важкі" хворі. Особливості клінічної симптоматики, стан психо-емоційної сфери хворих та їх поведінкові реакції разом з негативними даними об'єктивного обстеження дозволяють підозрювати в даній категорії пацієнтів психогенний характер наявних розладів [1].

Найчастіше приводом для звернення до терапевта є саме ті симптоми, які імітують всіляку патологію внутрішніх органів і позначаються в сучасних класифікаціях, як соматизовані розлади (СР). Під СР слід розуміти стани, в клінічній картині яких на перший план виступають "соматичні" або псевдосоматичні скарги, а власне психічні порушення ховаються за "соматичними" проявами і "не помічаються" ні хворими, ні лікарями. Істотною особливістю цих станів є саме походження соматичних симптомів з порушень психіки, тоді як сама психічна природа цих розладів залишається нерозпізнаною [9,12].

Поняття соматизовані депресивні розлади (СДР) введено в МКХ-10, причому СДР об'єднуються в одну групу з невротич-